

T.I.F. Test de Incapacidad Funcional (Para afecciones inestables de la Columna Vertebral)

«Herramienta indispensable para el cirujano de la columna vertebral»

Dr. José Germán Medina*, Dr. Antonio Strocchia**, Dr. Carlos Martínez***

Madina JG, Strocchia A, Martínez C. T.I.F. Test de Incapacidad Funcional. Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. 1996;28:65-70.

RESUMEN

Se valoraron 258 pacientes que acudieron a los 3 Centros Dispensadores de Salud en los cuales se desarrolló la consulta de patología de la Columna Vertebral.

Los mismos fueron objeto de identificación diagnóstica y medición de su incapacidad funcional con el TIF.

Solo un 14% describió su incapacidad como verdaderamente grave y el restante grupo del 86% la pudo definir como leve o moderadamente grave.

De ese grupo de 86%, el 56% fue dado de alta por mejoría clínica, y el 30% restante continuaron tratamiento médico y fisioterápico, con controles periódicos.

Es el TIF una excelente herramienta de trabajo para la ideal selección del paciente que requiere de una probable Cirugía Estabilizadora de la Columna Vertebral, apartando al médico tratante de muchos márgenes de error procedimental.

De igual forma es de gran ayuda orientadora para afinar la relación Médico-Paciente a la vez que induce a la participación de otras ramas médicas que se requieren para una adecuada atención del enfermo.

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Inestabilidad Lumbar, Lumbalgia / Diagnóstico, Columna Vertebral / Cirugía.

ABSTRACT

Studies were made 258 patients attending three (3) different healthcare centres which offer pathological spine consultation.

The same patients underwent diagnostic identification and measurement of their functional incapacity with TIF.

Just 14% described their incapacity as really extreme and the incapacity of 68% of the group was defined as moderate and low in seriousness.

Of the remaining, 86%, 56% were released as healthy and the other 30% of the group continued with medical treatment and periodical control.

TIF is excellent work tool, which is ideal for patient selection that require probable Spine. Stabilization Surgery, removing the doctor from many procedure errors.

Furthermore it helps the Doctor tune the Patient-Doctor relationship, it also induces the participation of the other Medical-Branches that will be needed for patient attention.

KEYS WORDS

Lumbar instability, Lumbar Pain, Vertebral Column Surgery

Introducción

Según Mark Brown el tratamiento de la Degeneración Discal debe basarse en el conocimiento complejo de la Historia Natural de la Enfermedad y ser tratada «inteligentemente».

Si el médico tratante y el paciente carecen de esta información, las decisiones honestas y efectivas no podrán ser tomadas para el manejo adecuado de esta enfermedad, y el tratamiento que se inicie estará condenado al fracaso.

Es muy frecuente, que las decisiones a favor de la Intervención Quirúrgica estén basadas en conceptos deformados acerca de la Enfermedad Discal, sin tomar en cuenta los diferentes aspectos de la historia natural de ésta que de un modo u otro van disminuyendo la capacidad de vida e incidiendo negativamente en el rendimiento general del individuo que padece de la Enfermedad Degenerativa del Disco Intervertebral.

Es por ello, que se ha hecho muy importante el manejo y conocimiento de esta herramienta de trabajo, conocida como el Test de Incapacidad Funcional, el cual nos facilitará la orientación y conducción del enfermo a través de las diferentes fases de la enfermedad degenerativa de disco intervertebral.

Las urgencias quirúrgicas en cirugía vertebral están descritas en la historia natural de la causa, en consecuencia, en ausencia de estas urgencias, las oportunidades para estudiar adecuadamente al paciente «aflojan» y muchos de éstos pudieran evitarse una cirugía si realmente se consideraran y estudiaran los elementos básicos que incapacitan al paciente día tras día hasta postrarlo.

El Test de Incapacidad Funcional ha sido adaptado a las características de vida del venezolano actual, contemplando los múltiples aspectos socio-laborales a los cuales está sujeto, haciendo de este test una herramienta de precisión al analizar las diferentes condiciones funcionales del afectado.

De esta forma nos daremos una idea del grado de incapacidad, facilitándonos la ubicación del paciente en una escala de valores la cual será de invaluable utilidad a la hora de señalar una posible solución quirúrgica.

* Jefe del Servicio de Traumatología y Ortopedia Hospital Vargas de Caracas.

** 1er. Adjunto del Servicio de Traumatología y Ortopedia. Hospital Vargas de Caracas.

*** Médico residente del post-Grado de Traumatología y Ortopedia. Hospital Vargas de Caracas.

La conclusion invaluable de esta ayuda:

Luego de una cuidadosa evaluación diagnóstica y un diagnóstico firme y definitivo, apoyado con una valoración orientadora del Test de Incapacidad Funcional que demuestren el incremento y el deterioro de las condiciones físicas del enfermo a través de las diferentes consultas sucesivas, será entonces que el procedimiento quirúrgico se recomendaría con la intención de detener el desarrollo evolutivo de la enfermedad discal, y reducir su sintomatología.

Material y métodos

El Test de Oswesly fue originalmente establecido en el Centro de Estudios de enfermedades de la Columna Vertebral en el Robert Jones and Agnes Hunt Orthopaedics Hospital. Inglaterra, UK.

Dicho Test fue adaptado en sus aspectos a las características de vida del venezolano, tales como:

- Vida social
- Atención personal
- Limitación para la marcha
- Limitación para el trabajo, etc.

En realidad son 10 aspectos los cuales reúnen 6 diferentes condiciones cada uno. Estas condiciones ascienden en gravedad y limitación y el paciente marca o selecciona sólo una de estas condiciones limitantes según su estado.

Después de esta adaptación se seleccionaron 3 hospitales con un tipo de población a cubrir de naturaleza particular como lo fueron:

- Hospital Vargas de Caracas, Caracas, DF.
- Hospital Corpoven. San Tome, Edo. Anzoátegui.
- Centro Médico Loira. Unidad de Cirugía Vertebral.
- Caracas DF.

En estos centros asistenciales a través de los respectivos Servicios de Traumatología, los pacientes con afección de la columna vertebral fueron objeto de atención médica con la correspondiente inclusión del TIF (Test de Incapacidad Funcional).

Los grupos estudiados fueron clasificados en profesionales y técnicos y en no profesionales.

El total de pacientes evaluados fue de 258 durante un período de 10 meses y con un promedio de 3 evaluaciones del TIF.

La distribución de estos pacientes en el espacio geográfico es como se demuestra en cuadro 1.

En cuanto a las Causas de Consulta que motivaron al paciente a visitar al médico por vez primera están:

- Dolor en la espalda (lumbar) 52%
- Dolor en la espalda y en la pierna 27%

Cuadro N° 1

	No Profesionales	Profesionales y Técnicos
Hosp. Vargas (A)	110	14
Hosp. San Tomé (B)	84	10
C.M. Loira (C)	2	38
Total	196	62

Fuente: Depto. de Histo. Med.
Hospital A-B-C.

- Dolor en la pierna (solamente) 6%
- Referidos por otros colegas a la consulta 15%

Siendo de estos motivos de consulta las siguientes entidades nosológicas, las que determinan los diagnósticos firmes:

	%	Casos
<i>Síndrome de inestabilidad lumbar por:</i>		
Degeneración discal	66%	170
Síndrome Post-Laminectomía	12%	31
Traumatismos	5%	13
<i>Síndrome facetario</i>	3%8	
<i>Síndrome de compresión radicular</i>	10%	26
<i>Síndrome combinado</i>	4%	10

Uso del Test de Incapacidad Funcional

Contentivo de 10 preguntas, cada una con una escala de valores que analizan diferentes aspectos: dolor, atención personal, carga y sostén de objetos, deambulacion, posición de pie, sentarse, dormir, vida sexual, vida social y permanencia en viajes.

La escala de valores son 6 medidores en base a preguntas que identifican el grado de dificultad que el paciente pudiese expresar, de acuerdo al estado de la enfermedad.

El análisis arroja porcentajes que oscilan desde el 0% al 60% (representativo de una incapacidad casi definitiva). Según estos porcentajes los grupos fueron clasificados en 3.

- Grupo 1 0% al 15% de incapacidad
- Grupo 2 15% al 30% de incapacidad
- Grupo 3 30% y más de incapacidad

Las recomendaciones según los porcentajes de incapacidad funcional que los pacientes expresen son:

Para el grupo 1:

AINES, reposo laboral, restricción de actividades

físicas temporalmente y control en 4 semanas con TIF (4)

Para el grupo 2:

Recomendaciones del grupo 1 y fisioterapia, escuela de espalda cambio de actitud laboral, controles periódicos cada 4 semanas (4 en un año) con TIF.

Para el grupo 3:

Restricciones y recomendaciones del grupo 2 prueba del corsé y cirugía paliativa.

Resultados

1-A

De un total de 258 pacientes evaluados 170 (66%) fueron diagnosticados finalmente con: SIL (Síndrome de Inestabilidad Lumbar) por Degeneración Discal.

De 170 pacientes:

56% - (96) Fueron objeto de restitución laboral con TIF (3 consultas con recomendación médica por el grupo 1) con menos de 15%.

29% - (49) Fueron objeto de restitución laboral con TIF (4 consultas con recomendación médica para el grupo 2) de 15% al 30%, sujeto a cambios en el medio laboral y modificaciones del patrón de vida.

15% - (25) Fueron de Cirugía estabilizadora de la columna vertebral con TIF mayor del 30%.

1-B

De un total de 258 pacientes evaluados 31 (12%) presentaron SIL post-laminectomías y disectomías. El grupo evaluado se distribuyó como sigue:

TIF menor del 15% 18 casos (58%)

Recibieron Tto. conservador

TIF 15% al 30% 10 casos (32%)

Tto. conservador y seguimiento

TIF mayor 30% 3 casos (10%)

Tto. Quirúrgico de Revisión y estabilización postero-lateral.

1-C

De un total de 258 pacientes evaluados 13 (5%) presentaron SIL post-traumatismos (en su mayoría paciente sub-agudos).

TIF menos del 15% 4 casos (31%)

TIF 15% al 30% 2 casos (15%)

Todos estos casos fueron objeto de Tto conservador

TIF mayor del 30% 7 casos (54%)

Tto. Quirúrgico

Los Síndromes Facetarios (8 casos - 3%) así como el Síndrome de Compresión Radicular (26 casos - 10%) y los casos de Síndrome Combinado (10 casos - 4%) fueron objeto una vez firmemente confirmados sus diagnósticos en su segundo control médico con TIF menos del 15% de tratamientos específicos conservadores, con una restitución a sus funciones laborales.

Conclusiones

Con el auxilio del TIF, un total de 258 pacientes fueron evaluados en 3 diferentes centros asistenciales.

El mayor porcentaje de estos pacientes (178-78%) eran no profesionales asumiendo funciones laborales de considerada demanda física en su quehacer diario, mientras que el otro grupo fueron profesionales y técnicos con labores menos exigentes desde el punto de vista de la demanda física (62-22%).

Durante un período de 10 meses, estos pacientes fueron objeto de a menos 3 evaluaciones periódicas con el TIF, con intervalos de tiempo de 4 a 6 semanas.

Los diagnósticos clínicos fueron confirmados con los exámenes y evaluaciones pertinentes.

Se solicitó el apoyo de otras disciplinas médicas como fisioterapia, radiología, y psiquiatría en la búsqueda de afinar situaciones diagnósticas.

Después de depurar el universo en estudio se detectó, que sólo el 14% (35 casos) eran verdaderamente electivos para una cirugía paliativa.

A esta conclusión se llega después de haber obtenido un promedio de 3 evaluaciones en lapso de 10 meses, con TIF de 30% en cada una de las consultas y con un fracaso total de las clínicas auxiliares en el intento de ayudar a estos pacientes conservadoramente.

Es el TIF una gran herramienta para el cirujano de la columna vertebral, pues le orientará en la conducta a tomar además de afinar su diagnóstico médico, e igualmente le facilitará la relación médico-paciente al comprender los diferentes aspectos que afectan la cotidianidad de todo aquel enfermo que solicite de su ayuda y soporte.

Recomendaciones

Todos aquellos hospitales o centros asistenciales donde se desarrolle una consulta de cirugía vertebral, la herramienta TIF debería ser utilizada a fin de constituirse en un apoyo incondicional a la búsqueda de la solución adecuada para el paciente afectado de la columna vertebral.

Hospital Vargas de Caracas

Servicio de Traumatología

Unidad de Cirugía de Columna Vertebral

CONFIDENCIAL:

PORCENTAJE:

INDICE DE INCAPACIDAD FUNCIONAL DEBIDO A DOLOR LUMBAR.

Nombres y Apellidos : _____
 Dirección : _____
 Ocupación : _____ Edad : _____ Fecha : _____

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE :

Este cuestionario, ha sido elaborado con el fin de proporcionar al medico tratante informacion, acerca de COMO SU DOLOR LUMBAR AFECTA LA CAPACIDAD FUNCIONAL PARA DESEMPEÑARSE EN LA VIDA DIARIA. Por favor, responda cada sección, marcando UNA SOLA CASILLA en aquel aspecto que, usted considera, se parece mas a su condición actual.

ASPECTOS GENERALES :

- ¿ Cuanto tiempo ha padecido de dolor en la espalda ? Años : Meses : Semanas :
 ¿ Tienedolor en las piernas ? Si No
 ¿ Cuanto tiempo ha padecido de dolor en las piernas ? Años : Meses : Semanas :
 ¿ El dolor en las piernas se ubica ? Por encima de la rodilla : Por debajo de la rodilla :
 En base al dolor a un 100% que porcentaje le asignaria usted a:
 El dolor de la región lumbar : El dolor de la (s) pierna (s) :

CUESTIONARIO :1. INTENSIDAD DEL DOLOR.

- Mi dolor es moderadamente suave. No necesito analgésicos.
 Mi dolor es fuerte pero lo controlo sin tomar analgésicos.
 Los analgésicos me dan completo alivio del dolor .
 Los analgésicos me dan moderado alivio del dolor .
 Los analgésicos me dan muy poco alivio del dolor .
 Los analgésicos no tienen efecto sobre el dolor.

2. ATENCION PERSONAL

- Puedo atenderme personalmente sin causarme dolor extra
 Puedo atenderme personalmente, pero, esto me causa dolor extra.
 Puedo atenderme personalmente es doloroso y tengo que ser lento y cuidadoso.
 Necesito que alguien me ayude para atender mi cuidado personal.
 Necesito ayuda diaria en la mayoría de los aspectos del cuidado personal.
 No puedo vestirme, me aseo con dificultad y permanezco en cama.

3. LEVANTAR Y CARGAR OBJETOS

- Puedo levantar peso sin dolor extra.
 Puedo levantar peso, pero esto me causa dolor.
 El dolor me impide levantar peso, desde el piso, pero puedo hacerlo si estan ubicados convenientemente.
 El dolor me impide levantar objetos pesados y solo puedo levantar livianos, si están ubicados convenientemente.
 Puedo levantar solamente peso, muy liviano.
 No puedo levantar, ni cargar nada.

- Camino tan lejos como puedo.
- El dolor me impide caminar mas de un kilometro. (Cuatro cuerdas)
- El dolor me impide caminar mas de medio kilometro. (Dos cuerdas)
- El dolor me limita caminar mas de una cuerda.
- Camino solamente usando bastón o muletas.
- Estoy en cama o en una silla de rueda la mayor parte del dia.

5. SENTARSE

- Puedo sentarme en cualquier silla en el tiempo que pueda.
- Puedo sentarme solo en mi silla favorita por el tiempo que quiera.
- El dolor me impide permanecer sentado por más de una hora.
- El dolor me impide sentarme por más de media hora.
- A los diez minutos el dolor me impide seguir sentado
- El dolor me impide sentarme.

6. POSICION DE PIE

- Permanezco de pie tanto como quiera sin dolor.
- Permanezco de pie tanto como quiera pero esto me causa dolor.
- El dolor me impide permanecer de pie por más de una hora.
- El dolor me impide permanecer de pie por más de treinta minutos.
- El dolor me impide permanecer de pie por más de diez minutos.
- El dolor me impide permanecer de pie.

7. DORMIR

- El dolor no me limita dormir bien.
- Duermo bien, pero si tomo analgésicos.
- Aun tomando analgésicos duermo menos de seis horas.
- Aun tomando analgésicos duermo menos de cuatro horas.
- Aun tomando analgésicos duermo menos de dos horas.
- El dolor me impide dormir.

8. VIDA SEXUAL

- Mi vida sexual es normal, no me origina dolor.
- Mi vida sexual es normal pero esto me causa molestias en la espalda.
- Mi vida sexual es normal pero con mucho dolor en mi espalda.
- Mi vida sexual es severamente limitada por el dolor en la espalda.
- Mi vida sexual es cercanamente ausente, debido al dolor de espalda.
- El dolor me impide cualquier tipo de vida sexual.

9. VIDA SOCIAL

- Mi vida social es normal y no me origina dolor.
- Mi vida social es normal, pero me causa dolor.
- El dolor afecta mi vida social, limitandome el bailar, correr, etc.
- El dolor ha restringido mi vida social y no salgo frecuentemente por ello.
- El dolor ha restringido mi vida social a estar en mi casa
- No tengo vida social debido al dolor.

10. VIAJAR

- Puedo viajar a cualquier lugar sin dolor.
- Puedo viajar a cualquier lugar, pero esto me ocasiona dolor en la espalda.
- El dolor es serio, pero me las arreglo en viajes cortos de 4 horas.
- El dolor me limita a viajes menores de una hora.
- El dolor me limita a viajes muy cortos menos de treinta minutos.
- El dolor me limita viajar por completo.

Referencias bibliográficas

1. Aebi M, Etter C., Kehl T. et al. Stabilization of the lower Thoracic and Lumbar spine with the internal spinal skeletal fixation system. *Spine* 12:544-551, 1987.
2. Akbarnia B.A. Forgarty, J.P. and Tayob A. A Contoured Harrington instrumentation in the treatment of unstable spinal fractures. *Clin. Orthop* 189: 186, 1984.
3. An, HS, Simpson, MJ, Ebraheim, NA. et al. Burst fractures of low lumbar spine presented at the 56th AAOS, Las Vegas, 1989.
4. Anden U, Lake A., and Norwall A. The role of the anterior longitudinal ligament in Harrington rod fixation of unstable thoracolumbar spinal fractures *Spine*, 1980; 5: 23-25.
5. Bauman T. and Garfin SR. Complications associated with anterior grafting in: Garfin SR. (ed). *Complications of Spine Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989: 248-277.
6. Bedbrook GM. Spinal injuries with tetraplegia and paraplegia. *J. Bone Joint Surg* 61Bm; 1979: 26.
7. Benson DR. Unstable thoracolumbar fractures, with emphasis on the burst fractures. *Clin Orthop*, 1988; 230:14.
8. Bohlman HH, Freehafer A. and Dejak J. The results of treatment of acute injuries of the upper thoracic spine with paralysis. *J Bone Joint Surg* 67-A; 1984: 360.
9. Cotler HB, Cottler JM, Stoloff A. et al. The use of autografts for vertebral body replacement of the thoracic and lumbar spine. *Spine*, 1987; 10: 748-756.
10. Court-Brown, CW and Gertzbein SD. The management of burst fractures of the fifth lumbar vertebrae *Spine*; 1987: 12: 308.
11. Denis F. The three column spine and its significance in the classification of acute thoracolumbar spine injuries. *Spine*, 1983; 8: 817.
12. Dewald RL. Burst fractures of the thoracic and lumbar spine. *Clin Orthop*, 1984; 189: 150.
13. Dickson JH, Harrington PR, and Erwin D. Results of reduction and stabilization of the severely fractured thoracic and lumbar spine. *J. Bone Joint Surg*, 1978; 60A: 799-805.
14. Donovan, WH and Dwyer, AP. An update on the early management of traumatic paraplegia (nonoperative and operative management) *Clin Orthop*, 1984; 189: 12-21.
15. Eismont FJ, Green BA, Berkowitz BM et al. The role of intraoperative ultrasonography in the treatment of thoracic and lumbar spine fractures. *Spine*, 1984; 9: 782-787.
16. Erickson DL, Leider LL. Jr and Brown. WE. One stage decompression stabilization for thoracolumbar fractures. *Spine* 1977; 2:43-56.
17. McAfee PC, Yuan HA and Lasda. NA The unstable burst fractures. *Spine* 1982; 7: 365.